



TITLE:

学会抄録 第191回日本泌尿器科学 会東海地方会

AUTHOR(S):

CITATION:

学会抄録 第191回日本泌尿器科学会東海地方会. 泌尿器科紀要 1996,
42(11): 917-921

ISSUE DATE:

1996-11

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/115840>

RIGHT:

学会抄録

第191回 日本泌尿器科学会東海地方会

(1996年1月28日(日), 於 アクトシティ浜松コンgresセンター)

PNLを施行した1歳2カ月幼児両側シスチン腎結石の1例：土田 誠，佐藤文英，渡辺耕平（聖隷浜松） 1歳2カ月，男児。主訴は乏尿。1995年7月22日より39°Cの熱発，嘔吐，乏尿で当院小児科入院。腎機能障害，高K血症あり当科紹介。尿所見は血膿尿。尿中アミノ酸分析では40種類中，cystine, ornithine, lysine, arginineの高値。諸検査で両側水腎症，左腎に20×10mm，右腎尿管に6~8mmの結石像を数個。腎後性腎不全にて両側腎瘻を造設した。Tromethamine-Eのかん流，tiopronin，クエン酸塩の経口投与するも無効のため全麻下にて9月12日に左腎に対し，9月19日右腎結石に対し，Coherent社のVersa Pulse Select 22のホルミウムレーザー（0.5mj/sec，0.5pulse/sec），ACMI製6.9Fr硬性尿管鏡を使用しPNLを施行した。碎石は強力でシスチン結石でも十分に碎石しえたが一部に残石を認め，現在定期的なかん流溶解療法と経口剤内服を継続している。

選択的腎動脈塞栓術を施行した腎動脈狭窄の1例：海野智之，高山達也，伊原博行，寺田央巳，福田 健，畑 昌宏（聖隷三方原），遠山典宏（同放射線），鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 症例は55歳女性。主訴は肉眼的血尿，排尿時痛。1993年2月より上記見られたため精査目的で当科紹介受診した。1993年5月18日頃から右背部痛強くなり精査目的で翌日当科入院した。精査にて悪性所見が見られず肉眼的血尿も消失したため一時退院した。同年8月11日ふたたび肉眼的血尿見られたため当科再入院。右腎動脈造影を施行，右腎動脈奇形と診断された。出血のコントロールのため，1993年9月13日，硬膜外麻酔下にNBCA，lipiodol混合液にて選択的右腎動脈塞栓術を施行した。術後肉眼的血尿は消失し，4カ月後の腎動脈造影では異常血管の消失を認めた。術後2年以上経過した現在も肉眼的血尿は認めない。

腎動脈瘤の1例：福田 健，平野恭弘，北川元昭，阿曾佳郎（藤枝市立総合），板垣 康（同放射線） 症例は35歳男性。1995年7月，無症候性肉眼的血尿を主訴として当科初診。膀胱鏡検査で左尿管口からの出血を認めた。既往歴に特記事項なく，腎動脈造影所見より先天性左腎動脈瘤（cirroid type）と診断。steel coil（径4mm，径5mm，各1個）を用いた選択的腎動脈塞栓術により肉眼的血尿は消失した。治療3カ月後の左腎動脈造影では，腎動脈瘤の残存と塞栓動脈の再開通を認めるが，自覚症状はなく血圧は正常で，顕微鏡的血尿も認めず，現在まで経過観察中である。腎動脈瘤に対する動脈塞栓術では種々の塞栓物質が使用されるが，本邦報告116例では，steel coil，ethanolが，単独使用，併用ともに成績良好であった。自験例で，今後再出血をきたした際にはethanolを併用した塞栓術を施行する予定である。

腎梗塞の2例：中西利方，大野俊一，武藤 智，太田信隆（焼津市立総合），鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 症例1．58歳男性。既往歴は高血圧と心房細動。主訴，左側腹部痛。検査で蛋白尿，白血球11,800/mm³，LDH 2,722 IU/l。心電図で心房細動。CTと左腎動脈造影で腎動脈塞栓による左腎梗塞。発症23時間経過後，ウロキナーゼ48万単位を24時間で左腎動脈内に注入し，左腎動脈は完全に再開通。症例2．66歳男性。既往歴は脳梗塞，心房細動，左心房内血栓。主訴，右側腹部痛。8日後，Cr 10.2mg/dl，LDH 1,370。心電図で心房細動。USで左心房内血栓。CTで左萎縮腎。血管造影で両腎動脈は造影されず。左無機能腎。右腎動脈完全閉塞のための右腎梗塞による急性腎不全で，ウロキナーゼ，ワーファリンを投与し，血液透析導入。腎機能は改善せず，血液透析中。ウロキナーゼによる腎動脈内血栓溶解療法は有効な治療法であり，完全閉塞例，機能的単腎症例では速やかな診断と治療が必要である。

巨大嚢胞腎の1例：田中國晃，平林 聡（成田記念），三木隆治（豊橋クリニック内科） 55歳，男性。主訴は腹部膨満。現病歴は

1979年交通事故にて左腎破裂をきたし左腎摘出術を施行された。その際嚢胞腎を指摘された。1987年4月，慢性腎不全のため血液透析に導入された。1995年1月頃より腹部膨満感，息苦しさが生じ時々嘔吐することもあった。同年8月7日当科を紹介された。家族歴では母親が嚢胞腎で脳出血のため死亡し，弟と長男は嚢胞腎だが腎不全ではない。腹部は全体的に著しく膨隆し，正中および左側腹部に手術痕を認めた。腹部CTで腸管は左側に圧排されており，右嚢胞腎は上方は肝下面より下方は骨盤腔内までいたり腹部全体を占めていた。同年10月11日全身麻酔下，腹部正中切開にて経腹的右腎摘除術を施行した。摘除した右腎の大きさは42×26×18cm，重量は9,280grであった。術前よりの高血圧も改善した。本症例は一側腎では本邦最大であった。

原発性副甲状腺機能亢進症の3例：丸山高広，西山直樹，藤田民夫（名古屋記念） 症例1：56歳女性，骨型，左上腺腫（1,150mg）症例2：56歳女性，結石型，右下腺腫（3,050mg）。症例3：53歳女性，化学型，左下腺腫（140mg）について報告した。手術は症例1，2では片側検査法で行っており，手術時間はそれぞれ1時間43分，1時間20分であった。症例3では術前局在診断に誤りがあり，対側の検索も要し，手術時間は3時間52分であった。術後3症例とも血清Ca，P，HS-PTHは改善したが，症例3に嘔声が認められた。骨型や結石型に対する手術は異論はないものと思われるが，化学型に対しては原発性副甲状腺機能亢進症による合併症の有無，術前局在診断，患者の状態など考慮したうえで慎重に手術適応を決定する必要があると考える。

巨大無機能性褐色細胞腫の1例：安井孝周，安積秀和，安藤 裕（名古屋市立東） 75歳，男性。30年前より高血圧，20年前より糖尿病の既往。1995年8月からの頻尿にて他院より紹介され9月当科受診。DIP上，右腎の上方からの圧排像を認め，エコーにて右副腎腫瘍を疑い入院。高血圧・糖尿病はコントロール良好。内分泌学的検査所見は血中・尿中ホルモン値とも正常範囲。CTでは右副腎部に内部density不均一の10×11cmの腫瘍を認め，不均一に造影された。¹³¹I-MIBG副腎シンチは集積亢進。無機能性褐色細胞腫の診断で経胸腹的に右副腎腫瘍摘出術を施行。腫瘍摘出に際して血圧の変動はみられず。摘出標本は12×13×7.5cm，重さ769gで，被膜に覆われ，断面は黄色・充実性，古い凝血塊・壊死組織を伴っていた。病理診断は褐色細胞腫。Glimerius染色で陽性に染まった。術後高血圧は改善せず本態性高血圧と思われる。術後も内分泌所見は正常。術後3カ月経過した現在，再発転移を認めず。

腎腫瘍を見落としそうになった腎腫瘍と腎尿管結石が併存した1症例：鈴木靖夫，桃井 守（県立多治見） 34歳，男性。右腰痛にて近医を受診し右腎尿管結石と診断され当科へESWLの目的で紹介された。腎の石灰化像に疑問がもたれ，DIP，CTなどを施行，検討の結果，石灰化をともなった腎腫瘍が併存しているとの診断に達して，摘出術を施行した。病理の結果，腎細胞癌であった。術後3カ月現在，再発・転移を認めない。石灰化を伴った腎腫瘍と腎尿管結石が併存する場合があります，十分に注意する必要があると思われる。

結節性硬化症に腎細胞癌を合併した1例：杉本雅一，高村真一（厚生連海南） 結節性硬化症に腎血管脂肪腫（AML）のみならず腎細胞癌（RCC）をも伴った1症例（本邦で5例目）を経験したので報告する。結節性硬化症の既往歴を有する21歳女性が，肉眼的血尿を主訴に来院した。各種画像診断にても，RCCを必ずしも否定しきれない所見がえられた。膀胱タンポナーデを呈したため，1995年9月13日，根治的右腎摘出術を行った。病理診断は，AMLとRCC clear cell subtype G2（規約分類）。通常，AMLとRCCとの鑑別はおもにCTで行われるが，脂肪成分の少ないAMLとRCCを鑑別することは不可能に近い。しかし，AMLは保存的治療が主流であり，

RCCは外科的治療が主流であるため、両者の鑑別は重要である。術後経過は順調だが、病理所見にて腎静脈に腎癌の浸潤がみられたため、化学療法 (IFN α) を用い外来にて経過観察している。

同側腎に2個の腫瘍を認めた腎細胞癌の1例：小川和彦，日置琢一，杉村芳樹（愛知がん七），矢田部恭，中村栄男（同病理） 症例は77歳，男性。1995年5月下旬より発熱，全身倦怠感，食欲不振を訴えて近医受診。腹部エコーにて右腎腫瘍が認められたため，同年6月22日当科を受診。既往歴および家族歴に特記事項なし。精査の結果，右腎の上極に約5cm，下極に約3cmの2個の腫瘍を認め，他臓器に転移巣・囊胞性疾患・その他異常所見を認めないことから，右腎内に satellite tumor を有する腎細胞癌 (T3aN0M0) と診断。同年7月11日，全身麻酔下，経腹的に右根治的腎摘除術を施行した。摘出標本では，右腎上極に58×46mm，下極に38×34mmの腫瘍を認め，病理組織検査の結果，いずれもRCC，alveolar type，clear cell subtype，G1>2，INF β ，pT3aN0M0V0と診断。患者の希望でインターフェロン投与を行わず経過観察とした。半年余り経過した現在，再発・転移を認めない。

紡錘型腎細胞癌の1例：近藤隆夫，大島伸一，松浦 治，栗木修，上平 修，橋本好正（社保中京） 32歳，男性。1995年6月，肉眼的血尿にて近医受診。腹部CTにて右腎腫瘍を指摘され，当科受診。種々の画像診断にて右腎癌T2，N0，M0と診断した。1995年7月，全身麻酔下，経腹的に根治的右腎摘出術，リンパ節廓清術を施行した。摘出標本の重量は430g。腫瘍は腎下極にあり，大きさは7×7×6.5cm。被膜に被われ，中心部は出血巣，壊死巣を呈していた。病理診断は腎細胞癌，充実型，紡錘細胞型，G3（規約分類），pT3a，pN0，pM0，INF γ であった。術後1カ月よりインターフェロン α 300万単位を6カ月の予定で連日投与中である。術後6カ月を経過し，再発，転移はなく，生存中である。紡錘型腎細胞癌は文献上，肉腫様腎細胞癌の一つとして報告され，腎癌の1～1.5%に認められ，予後不良である。

Bellini 管癌が疑われた乳頭状腎細胞癌の2例：神谷浩行，佐々木昌一，浅井伸章，小島祥敬，梅本幸裕，草田修司，秋田英俊，坂倉毅，山田泰之，藤田圭治，戸澤啓一，伊藤尊一郎，林祐太郎，岡村武彦，上田公介，郡健二郎（名古屋大），渡辺秀輝，石黒良彦，池内隆人（名古屋大城西） 症例は2例とも65歳男性で近医より偶発左腎腫瘍として当科紹介。症例1は腎細胞癌・下大静脈腫瘍塞栓と診断し，経腹的左腎摘除術および腫瘍塞栓摘除術を施行。症例2は腎細胞癌とその肺・肝・傍大動脈リンパ節転移と診断し経腹的左腎摘除術を施行。2例ともHE染色でペリニ管癌を強く疑ったが，抗サイトケラチン抗体染色で陰性，抗ライソゾーム抗体染色で陽性を示し，いずれも乳頭状腎細胞癌と診断した。術後は2例ともインターフェロンを投与し経過良好である。ペリニ管癌と乳頭状腎細胞癌との鑑別には，免疫組織染色が有用であると考えられた。

インターフェロンが有効であった進行腎細胞癌の2例：荒木富雄，黒松 功，森 脩（済生会松阪） 症例1：66歳男性，胸部XPで異常陰影指摘され，腹部エコーで右腎腫瘍を認めるため入院。右腎細胞癌の肝転移，多発肺転移と診断。1994年6月右腎摘出術，肝転移にTAEを施行。IFN α 500万I.U.連日投与を行い，胸部XP上肺転移は消失した。副作用の皮疹が増悪し，CT上肝，肺に転移巣の残存が疑われたため1995年7月肝，肺部分切除術を行ったが，腫瘍の残存は認めなかった。現在週3回INF投与中である。症例2：75歳男性，腹部腫瘍を認め入院，右腹部に巨大な腫瘍を触知し，周囲臓器に浸潤し，肺転移も伴う右腎細胞癌と診断した。手術不能で1995年4月からIFN α 500万I.U.連日投与し，原発巣は著明に縮小し，肺転移も消失した。血小板の低下が著しく，11月より隔日投与としているが腫瘍の増大は認めていない。

馬蹄腎に合併した腎盂腫瘍の1例：鶴 信雄，須床 洋（共立菊川総合），松下晃三，森 重夫（同外科），鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 71歳女性。1995年7月7日，食欲不振で受診。胸部異常陰影のため精査したところ，エコー・CTで左腎囊胞状変化と拡張した管腔構造物，管腔内の腫瘍陰影を認めた。7月17日に開腹手術施行。後腹膜腔に著明に巨大化した左腎を認め，下方に腫瘍を触知。腫瘍の一部を残して剝離を進めたところ，馬蹄腎であることが判明した。左腎は

水腎症が進行した状態で重量260g，腫瘍は径5.4×6.8×2.4cm，被膜外に浸潤していた。病理はTCC>SCC，G3，INF β ，pT4，pL1，pV1。患者は7月29日に呼吸状態が悪化し死亡した。文献上，馬蹄腎に合併した腎盂腫瘍は本邦17例目であった。また，診断を困難にした原因として，左腎自体が著明に拡張して正常な腎形態をとっていなかったこと等が挙げられ，拡張・変形した腎の診断には馬蹄腎の可能性も念頭に置くべきである。

類白血病反応を呈した腎盂腫瘍の1例：根植信一，藤広 茂（岐阜赤十字），西野好則（岐阜大） 患者は82歳，男性。1994年6月より無症候性肉眼的血尿を認め，同年10月当科受診。白血球数は13,100/mm³とわずかに増加。膀胱鏡で左尿管口からの肉眼的血尿を認め，DIPで左腎上腎杯に陰影欠損を認めた。CTでは左腎上極背側に，境界不明瞭で造影効果の乏しい腫瘍を認めた。以上より左腎盂腫瘍の腎実質への浸潤を疑い，11月9日，経腹的に左腎を摘出したが，非治癒切除に終わった。病理診断はTCC，G3，pT4，INF γ （一部SCC）であった。術後75日めに45,900/mm³と白血球が著増し，内科で精査施行されるも，2月に入り白血球数の著増(93,000/mm³)とともに急激に全身状態悪化し，翌年2月12日死亡した。類白血病反応は尿路上皮腫瘍では稀であり，特に腎盂腫瘍ではこれが本邦2例目である。血中G-CSF濃度39.9pg/ml，new Fuchsin法による特殊免疫染色より，G-CSF産生腫瘍であると考えられた。

腎門部Xanthogranulomatous pyelonephritisによる水腎症の1例：新宅一郎，小野佳成，加藤範夫，武田明久，山田 伸，水谷一夫，横井繁明（小牧市民），傍島 健（稲沢市民） 45歳，女性。1995年8月より嘔吐を認め近医受診。Cr2.1mg/dlと腎機能障害，ならびに貧血を認めた。尿路感染症や尿路結石は認めなかった。CT・腎盂尿管造影・レノグラム等の画像診断で，直径約4cmの右腎門部腫瘍性病変による左腎盂狭窄・水腎症と，右尿管狭窄による右無機能腎を認めたため，左腎瘻造設後，手術的に当院へ紹介となった。画像診断からは，左腎癌を否定しえず，10月24日開腹手術にて腎門部腫瘍性病変の生検を行った。迅速病理標本にて悪性所見を認めなかったため，そのまま尿路再建を目的として，体外腎手術にて腎盂尿管の圧迫を解除し，自家腎移植術を行った。病理組織診断は，黄色肉芽腫性腎盂腎炎であった。術後腎機能は，Cr1.6mg/dlと良好な結果をえた。

腎盂尿管移行部狭窄症に対し経尿道的逆行性エンドパイエロトミーを施行した1例：近藤厚哉，吉川羊子，後藤百万（碧南市民），榊原敏文（西尾市民） 21歳，男性。左側腹痛を主訴に来院。KUBでは石灰化所見なく，排泄性尿路造影にて左水腎，腎盂尿管移行部の狭窄を認めた。Whitakerテスト，利尿負荷レノグラムで閉塞パターンを呈した。原発性腎盂尿管移行部狭窄症と診断し，逆行性エンドパイエロトミーを施行した。12Fr硬性尿管切除鏡を逆行性に挿入し，ナイフ型電極を用い，狭窄部遠位から腎盂まで尿管壁後外側を後腹膜結合組織が見えるまで全層切開した。術後12FrW-Jカテーテルを4週間留置した。術後の腎瘻造影では，腎盂尿管移行部は開大し，なめらかな漏斗状を呈した。Whitakerテスト，利尿負荷レノグラムでも非閉塞パターンへと改善した。術後6カ月を経過して左側腹痛の再発は認めない。

左腎盂自然破裂の1例：武田宗万，小谷俊一，伊藤裕一（中部労災），甲斐司光（西尾市民），桃井 守（県立多治見） 64歳男性。59歳よりDM。主訴は左側腹痛で尿潜血（-），血液検査ではHb9.3g/dl，BUN/Cr19.7/2.0，尿細胞診陰性であった。KUBで結石陰影不明瞭，DIPで左腎に水腎。CTで左腎周囲に溢流を認め，左RPで溢流の再現をえて，腎盂破裂と診断。D-Jカテーテルを留置した。種々の検査で腹部大動脈瘤，自己免疫性溶血性貧血の合併も認められた。留置後10週目のDIPまでは左腎の造影はまったく不明瞭で，その後のDIPで造影をえて，留置後14週目にカテーテルを抜去した。抜去後のDIPは異常なく改善を認めた。原因は不明であり小結石の可能性もあるが，DM，血管病変との関連性も示唆される。上記疾患に対しては尿誘導を目的とした保存治療を第一選択とするべきと考えた。特発性左腎盂自然破裂に対し，D-Jカテーテル14週間留置し，保存的に治療しえた症例を報告した。

直腸癌を原発とした転移性尿管腫瘍の1例：山田泰司，前田吉民，

金原弘幸, 吉村暢仁, 木瀬英明, 松浦 浩, 亀田晃司, 林 宜男, 有馬公伸, 柳川 眞, 川村壽一 (三重大) 67歳, 男性. 1993年7月直腸癌にて低位前方切除術施行. 1994年8月直腸癌肝転移にて肝右葉切除術, リザーバー留置による動注療法施行されたが, 1995年7月腹部CTにて左水腎症を指摘され当科受診した. DIP, 左側APを施行した結果, 左中部尿管に陰影欠損が認められ, 左尿管腫瘍と診断され, 1995年7月, 左尿管摘出術施行した. 病理組織は腺腔構造を形成する高分化型腺癌であり, 原発の直腸癌と肝転移巣に共通するものであった. また, 血管内に腫瘍細胞が散見され, 正常な尿管上皮を認めたことより, 転移性尿管腫瘍と診断された. 術後半年を経過し再発, 転移を認めていない. 直腸癌を原発とした転移性尿管腫瘍は今回が本邦3例目の報告となる.

癌性疼痛に対しモルヒネ大量投与を要した左尿管癌の1例: 伊藤正也, 佐橋正文, 権 永鉄 (静岡済生会総合) 62歳, 男性. 1992年12月左尿管癌の診断で他院にて左尿管全摘出術施行. 1994年8月左下腹部痛増強し, CTにて左骨盤内に5×4cmの腫瘍再発巣がみられ, 化学療法, 手術, 放射線療法を施行したが, 痛みは増強した. 癌性疼痛に対し, MSコンチン投与を開始, 投与量は維持量として60mg/dayからはじめ, 徐々に増量し, 1995年4月の退院時には540mg/dayとなった. 外来で720mg/dayまで増量したが, 痛みはおさまらず, 1995年8月再入院, 経口投与に加え, モルヒネの静脈内投与, 硬膜外投与を加えたが, 有効な鎮痛効果はえられなかった. そこで, モルヒネの投与経路を整理・経静脈性1,350mg/dayとし, 補助として局所麻酔剤による硬膜外ブロックを加えたところ, 良好なペインコントロールがえられ, 約2カ月間生存した. モルヒネ投与期間は15カ月であった.

ESWLおよびTUL後に静脈血栓を生じた1例: 丸山哲史, 伊藤尊一郎, 津ヶ谷正行 (豊川市民), 加藤 誠 (旭労災), 井上和彦 (井上医院) 症例は36歳の男性. 排尿終末時肉眼的血尿を主訴に当科受診. 左下部尿管15×7mmの結石を認めた. Dornier社製MFL5000用いESWLを2回施行. さらに硬性尿管鏡を用い超音波破石を施行し, 砂状の残石のみとなった. その後同日夕方, 突然に咳, 前胸部絞扼感が出現. 数分間に消失した. 11日後の起床時に左下腰痛および静脈の怒張が出現. 翌日には下肢の腫脹も認めた. 下肢静脈造影で左下腿静脈から左総腸骨静脈全体にわたり深部静脈は描出されず, 左下腿深部静脈血栓症と診断した. CTでは下大静脈にまで血栓はおよんでいた. ワーファリン内服, ヘパリン点滴, ウロキナーゼ点滴, 弾性包帯の着用を開始し, 3カ月後には下肢の腫脹は消失, 内服薬を中止した. ESWLによる静脈血栓症は稀で, 調べたかぎりでは自験例で4例目である.

完全重複腎盂尿管に発生した重複尿管結石の1例: 佐藤 元, 宮川真三郎, 星長清隆, 内藤和彦, 平野眞英, 小林康宏, 樋口 徹, 桜井孝彦, 加藤 忍, 白木良一, 堀場優樹, 名出頼男 (保健衛生大) 71歳, 女性. 主訴は左上腹部不快感. 1993年12月, 主訴出現し近医受診. 腹部超音波上, 左腎上極に嚢胞性腫瘤を認め当科紹介受診. 排泄性腎盂造影にて左腎盂内に10×6mm, 左尿管に重なる12×7mmの2個の石灰化と左腎盂腎杯の圧排を認めた. CTにて左腎上極に約80mmのlow density massを認め左腎嚢胞と診断. 嚢胞穿刺し, 造影にて拡張した尿路を確認した. 逆行性腎盂造影により重複尿管のそれぞれに結石の嵌頓を認め, 上半腎由来尿管はすでに高度の水腎症をきたしたものと判断した. RIにて左上腎機能は著明に低下しており, 上半腎由来尿管結石に対する治療は行わず, 左下半腎由来尿管に下降した結石に対してのみESWLを施行した. 現在左下半腎の機能は良好で無症状にて経過観察中である.

再発性前立腺炎を契機に発見された右尿管異所開口の1例: 小林康宏, 桜井孝彦, 堀場優樹, 内藤和彦, 平野眞英, 樋口 徹, 宮川真三郎, 加藤 忍, 白木良一, 星長清隆, 名出頼男 (保健衛生大) 31歳, 男性. 発熱および排尿痛にて初診. 膿尿を認め, 前立腺炎として治療される. 排泄性腎盂造影, RIにて右腎欠損を認め, 膀胱鏡でも右尿管口, 右三角部の欠損を認めた. CTでは膀胱後部にwater densityを示す嚢胞性腫瘤を認めた. 精管造影にて, 膀胱後部の嚢胞性腫瘤は精管とつながっており拡張した精囊と考えられた. また精囊より上方に伸びる尿管が確認できた. 以上より右尿管の精囊異所開口と診断した. 腹部腫瘍や臨床症状のあるものは, 尿管管および精囊摘

出術が施行されているが, 今回発見された患者は挙児希望があり, 症状も落ちついているため, 現在外来にて, 経過観察中である. 今回われわれは, 男子精囊への, 異所性尿管開口の1例を経験したため報告した.

膀胱癌脳転移の1例: 斎須和浩, 大塚篤史, 大平智昭, 水野卓爾, 石川 晃, 影山慎二, 宇佐美隆利, 妻谷荘一, 牛山知己, 大田原佳久, 鈴木和雄, 藤田公生 (浜松医大) 62歳, 男性. 1994年4月膀胱癌(TCC, G3)に対しM-VAC療法施行後, 5月膀胱全摘除術施行した. 病理組織学的診断はTCC, G3, pT1, pN0, pM0, pL1, pV0であった. 1995年9月頭重感, 頭痛, 嘔気, 左視野狭窄出現したため頭部MRI施行. 右後頭葉にT1強調画像上high intensityな直径2cmのmassが認められた. 胸部X-p, 腹部CT, 骨シンチグラムにて他臓器に転移は認められなかったため, 腫瘍切除可能と判断, 10月脳腫瘍摘出術を施行し, 症状改善した. 腫瘍はTCC, G3で, 膀胱癌脳転移と診断された. 術後計50Gyの放射線治療後, M-VAC療法1クール施行した. 1996年1月現在M-VAC療法2クール目を施行中で, 良好な経過がえられている.

G-CSF産生膀胱腫瘍の1例: 佐藤文英, 土田 誠, 渡辺耕平 (聖隷浜松) 47歳男性. 1994年12月16日肉眼的血尿を主訴に初診. 膀胱鏡にて右後側壁に5cmの非乳頭状腫瘍を認め入院. 検査にて血尿尿と白血球増多症を認めた. TAEおよび抗瘤剤の動注後, 1995年1月19日膀胱全摘兼回腸膀胱造設術を施行した. 病理診断はTCC, G3, pT2, N0, .M0であったが, 抗G-CSF特異抗体を用いた免疫染色で細胞体内に陽性像を認め, 血清G-CSF値が103pg/mlと高値を示したことよりG-CSF産生膀胱腫瘍と診断した. 術後白血球数は一時正常化したかふたたび増加し始めた. 2度のM-VAC療法により, その都度白血球数の減少とともに全身状態の改善がえられたが, 癌性悪液質, 高Ca血症となり術後4カ月で癌死した. 死亡直前の白血球数186,000, Caは10.4mEq/lであった. 膀胱癌性腫瘍におけるG-CSF産生腫瘍はきわめて稀であり, 検索したかぎりでは自験例が本邦12例目であった.

Inflammatory pseudotumorが疑われた膀胱腫瘍の1例: 青木重之, 岩崎明彦, 西尾芳孝, 西川英二 (名古屋経済会), 瀧 知弘, 深津英捷 (愛知医大) 42歳, 女性. 1994年7月に肉眼的血尿, 排尿時痛で当科受診. 膀胱鏡にて左尿管口近傍の後壁に非乳頭状腫瘍を認めた. 尿沈査上膿尿を認め, 培養でE. coliが検出された. 膀胱オリブ油CT, MRIでは腫瘍の壁外浸潤を認めず, またリンパ節, 他臓器転移を認めなかった. 生検では横紋筋肉腫と診断された. 1994年10月31日に膀胱部分切除および左膀胱尿管新吻合術を施行した. 術後の病理診断では一部に横紋筋肉腫を疑う像を認めるが, inflammatory pseudotumorの疑いが強いと診断された. 術後CIVADIC療法を3クール施行した. 1年を経過し再発, 転移はなく生存中である. inflammatory pseudotumorは良性腫瘍であり, 不必要な拡大手術を避けるため肉腫との鑑別においてその存在を念頭においておくべきであると思われる.

膀胱平滑筋腫に移行上皮癌を合併した1例: 曾我倫久人, 米田勝紀 (社保羽津) 60歳, 男性. 排尿障害の主訴と左尿管狭窄の精査のため当院紹介となった. DIP上, 左尿管膀胱移行部に狭窄が存在することを確認した. 軟性膀胱鏡所見において, 前立腺肥大症ならびに膀胱頸部, 左尿管口付近に上皮性腫瘍を認めた. 病理組織学的検査結果は, 移行上皮癌であった. 術前療法としてM-VAC療法を1コース施行した. しかし, MRI所見上, 左尿管口付近の腫瘍は一部筋層に入り込んでいる所見が認められたため, 膀胱前立腺尿道全摘術, 回腸導管造設術を施行した. 左尿管付近の腫瘍の病理組織学的所見は, 移行上皮癌G2, INFβ, pT1, pR0, pL0, pV0, pN0, pM0であった. 膀胱頸部の腫瘍は, 粘膜下型平滑筋腫の診断をえた. 術後6カ月を経過し, 再発なく生存中である. われわれが検索したかぎり膀胱平滑筋腫に移行上皮癌を合併した症例は本邦で報告はなかった.

von Recklinghausen病に合併した膀胱腫瘍の1例: 米村重則, 奥野利幸, 藤川真二, 内田克典, 鈴木竜一, 栗本勝弘, 佐谷博之, 山川謙輔, 林 宜男, 有馬公伸, 柳川 眞, 川村壽一 (三重大) 53歳, 男性. 5歳の時von Recklinghausen病と診断される. 1995年4月より頻尿, 排尿時痛が出現したため近医受診. 膀胱腫瘍が疑われたため

6月19日当科入院となる。患者は全身に多数の神経線維腫を認める。膀胱腫瘍, TCC, G3, T3aN0M0と診断し7月3日 BOAI 施行し8月10日膀胱全摘出術および回腸新膀胱造設術を施行した。病理組織診断は TCC, G3, NIT, pT3aN0M0であったため術後 M-VAC 療法を施行した。von Recklinghausen 病に合併した non-neural crest 起源の泌尿器科領域の悪性腫瘍は今回が本邦で11例目であった。von Recklinghausen 病は悪性腫瘍の合併を考慮する必要がある。

経尿道的膀胱粘膜剝離切除術の経験: 加藤裕二, 大見嘉郎 (国立豊橋), 鈴木和雄, 藤田公生 (浜松医大) TUR-BT に先立ち膀胱粘膜下注射を行う経尿道的膀胱粘膜剝離切除術を表在性膀胱腫瘍2例に対し施行した。まず膀胱鏡を介して Williams 注射針を挿入, 腫瘍から少し離れたところより粘膜下に穿刺し20%ブドウ糖液を約5ml 注入。腫瘍が粘膜ごと周囲より膨隆したのを確認したのち切除鏡を挿入し cutting loop で腫瘍周囲の粘膜ごと切除した。本法は丈の低い広基性腫瘍や膀胱頂部方向の腫瘍も容易にかつ確実に切除でき有用と考えられた。

Urethral Kock 20例の長期成績について: 古川 亨, 絹川常郎, 服部良平, 初瀬勝朗, 大竹 浩 (市立岡崎), 佐橋正文 (静岡済生会総合) 目的: 膀胱全摘後の尿路再建としての Kock 式代用膀胱 (以下 Urethral Kock) の長期成績について検討した。対象: 1990年から1993年までに市立岡崎病院で同手術を施行した20例で, 年齢は36~78歳 (平均58歳), 女性症例は1例である。観察期間は26~64ヵ月 (平均43ヵ月) であった。結果: 全例術直後自排尿可能であったが, 途中から2例はカテーテル留置を, 2例は自己導尿を要した。1回排尿量は, 術後1年で約300ml で, 残尿量は約30ml であった。尿禁制に関しては, 術後1年以降では昼間は20例中16例 (80%), 夜間は15例 (75%) で保持された。ポーチ尿道吻合部狭窄やポーチ内結石などの合併症のため6例に再手術を要した。また6例に腫瘍再発したが尿道再発は認めなかった。まとめ: Urethral Kock は尿道からの排尿と尿禁制の保持が可能で, 長期的にも安定した術式と考えられた。

自排尿型代用膀胱症例における排尿状態・排尿の質の検討: 後藤百万, 吉川羊子, 近藤厚哉 (碧南市民), 加藤隆範, 小林峰生 (市立半田), 近藤哲志, 長井辰哉, 柳原敏文 (西尾市民), 加藤範夫, 小野佳成 (小牧市民) 【目的と方法】膀胱全摘後, 自排尿型代用膀胱造設術を受けた37例について, 尿流測定, さらに11例については排尿日誌, 質問票により排尿の質を検討した。質問票は蓄尿・排尿状態に関する22の質問からなり, 各項目における困窮度も評価した。【結果】尿流測定では, 平均尿流率の低下と排尿時間の遷延が顕著で, 大多数の症例は再延排尿, 排尿遷延, 尿線途絶, 尿勢低下, 腹圧排尿を自覚し, 術前より排尿状態は悪化し, 不満足と答えた。しかし, すべての項目で困窮度は低く, 日常生活での制限も軽微であった。【結論】自排尿型代用膀胱における排尿の質は正常に比べ劣り, 不満足なものがあるが, 大多数の症例は順応し, 困窮度は低い。

クローン病による膀胱腸瘻の1例: 永 裕彰, 田所 茂 (浜松赤十字), 西脇 真 (同外科) 19歳男性, 1993年11月よりクローン病に対して本院外科で治療をうけていたが, 1995年4月10日イレウスの診断で入院した。入院後中心静脈栄養とエレンタールで栄養管理を受けていたが, 7月24日糞尿が出現し当科受診となる。直ちに膀胱内にカテーテル留置し, オフロキサシン内服を開始した。膀胱鏡で後壁から頂部にかけ浮腫が著明で後壁右側に瘻孔を確認したが, 膀胱造影では瘻孔部を確認できなかった。超音波, DIP では上部尿路に異常を認めなかった。小腸透視で回腸末端部とともに膀胱が造影された。施行した大腸内視鏡検査で cobble stone appearance を認めた。その後糞尿改善なく, 右半結腸切除+膀胱部分切除術を施行した。病理組織検査では, 小腸は類上皮性の肉芽腫, ランゲルハンス巨細胞を, 膀胱は粘膜下のリンパ球浸潤を認めたが, 肉芽腫の形成を認めなかった。

巨大膀胱結石の1症例: 成島雅博, 瀧田 徹, 小竹千晶 (名鉄), 下地敏雄 (名古屋大) 42歳男性。初診の約1ヵ月前から, 排尿終末時に下部腰痛出現。排尿痛, 排尿困難, 頻尿, 尿線中絶なし。KUB で骨盤内に 12.5×10.2 cm の巨大結石陰影と左腎結石陰影あり, DIP で左水腎尿管を認めた。1995年5月12日膀胱切石術を施行し, 13.4×9.0×7.2 cm, 重量 820 g (本邦報告3番目の重量), 体積 550 cm³ の結石を摘出。膀胱腫瘍の合併はなかった。結石断面は年輪状

の層構造で, 分析結果は中心が硫酸カルシウム93%, 磷酸カルシウム7%で周辺が磷酸カルシウム29%, 磷酸マグネシウムアンモニウム71%だった。UDS で下部尿路機能は正常。副甲状腺機能亢進症, 高尿酸血症はなかった。本症例の発生機序は左腎結石症を伴っていたこと, 結石の核が硫酸カルシウムで周辺が磷酸塩であったことなどから, 下降した腎結石が膀胱内で成長し巨大化したものと考えられた。

原発性前立腺移行上皮癌の1例: 永 裕彰, 田所 茂 (浜松赤十字), 白木良一 (保健衛生大) 63歳男性, 1~2年前より排尿困難あり症状増悪したため, 1995年6月19日当科受診。受診時前立腺は全体に石様硬, 表面不整で前立腺癌が疑われた。尿細胞診では class 1 であった。腫瘍マーカーは PA 1.4 ng/ml, PAP 1.6 ng/ml と正常値であった。前立腺針生検で3箇所のうち1箇所より移行上皮癌を強く疑わす所見を認めたため, 8月31日 TUR-P 施行 TCC G2>G3 で同時に行った膀胱粘膜生検では腫瘍細胞は認めなかった。DIP では上部尿路に異常を認めなかった。以上より, 原発性前立腺移行上皮癌と診断し, 膀胱尿道前立腺全摘術+Kock pouch 造設術施行した。TCC G2 int (1) ly (+) v (+) pn (-) dw (-) INF (γ) cap (+) ur (-) b (-) r (-) であり, 一部低分化腺癌の所見も認められた。術後経過良好で M-VAC 療法1クール施行し退院した。

女子傍尿道腫瘍の1例: 岡田正軌, 山田芳彰, 三井健司, 大堀賢, 阿部俊夫, 赤堀将史, 上條 渉, 水本裕之, 瀧 知弘, 大下博史, 宮川嘉真, 平谷親輔, 本多靖明, 深津英捷 (愛知医大) 44歳, 外陰部違和感, 陰部腫瘍を主訴に当院受診。膀胱脱を思わせるような外観だったが, 陰前壁より腫瘍は触知でき弾性で可動性も良好で圧痛も認めなかった。排尿異常, その他の症状は認めなかった。膀胱尿道鏡にても粘膜に異常なく, 尿道膀胱造影でも尿道・膀胱と腫瘍との交通は認めなかった。MRI にて辺縁明瞭で周囲との境界も明らかな腫瘍が認められた。以上より, 傍尿道腫瘍と診断し, 1995年11月17日硬膜外麻酔下に, 腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は, 尿道腔中隔に存在し被膜に覆われた尿道および陰茎との剝離は容易であった。摘出標本は, 42 g で組織学的には平滑筋腫であった。女子傍尿道平滑筋腫の1例を経験したので報告した。

尿生殖洞奇形を伴う尿失禁にコラーゲン注入が有効と思われた1例: 大塚篤史, 大平智昭, 斎須和浩, 水野卓爾, 石川 晃, 影山慎二, 宇佐美隆利, 麦谷莊一, 牛山知己, 大田原佳久, 鈴木和雄, 藤田公生 (浜松医大) 症例は, 15歳女性。1980年鎖肛・直腸前庭瘻に対して根治術施行。1995年 Kropp 手術施行後も尿失禁持続。1995年10月24日尿失禁に対するコラーゲン注入目的にて当科入院。入院時, 陰と尿道は同一部位に開口し, 排便は正常。膀胱鏡検査では複雑な尿道を呈し, 膀胱内圧測定では蓄尿障害を示した。皮内テスト施行後, Wolf 社製外径 22 Fr の panendoscope を用いて経尿道的に膀胱頸部にバードコンティジェン 5.0 ml を注入した。術後尿失禁はほぼ消失。本症例は, 生下時に鎖肛, 直腸前庭瘻が存在し, それに伴う膀胱頸部 (内尿道括約筋) 機能欠損のために尿失禁をきたしたと考えられ, その機能を補う意味でコラーゲン注入が有効であった。

尿道狭窄に対する一次的尿道形成の経験: 増井靖彦 (くろまみちクリニック), 姜 キホ, 加藤 誠 (旭労災), 上田公介 (名古屋市大) 80歳, 男性。反復する発熱, 喀痰増量のため, 肺結核, 肺炎疑いで1995年6月旭労災病院内科に紹介入院。著明な膿尿を認めたため同泌尿器科紹介され, 尿道造影で長さ約50mm にわたる球部尿道狭窄と, 同部に連続する直径約10cm の膿瘍を認めた。膀胱瘻造設にて膿瘍は縮小し, 同時に肺炎症状は軽快した。同年8月腰麻下に狭窄部尿道切除, preputial skin flap による尿道形成術を施行した。術後5ヵ月現在, プジー等の必要なく, 再建部尿道径は約18F, Umax 19 ml/s, 残尿約50ml, 1回排尿量約300ml と順調である。尿道狭窄に対する治療の第一選択は urethrotomy, dialation, stent 等であるが, 再手術や長期間にわたるプジー, バルーン拡張等が必要である。狭窄部位の長い場合, open surgery による治療も1手段と考える。

外傷性持続勃起症の1例: 加藤隆範, 小林峰生 (市立半田), 岡江俊治 (安城更生放射線科) 症例は20歳男性, 主訴は持続する陰茎勃起。平成7年5月24日, スケートボードの練習中に右大腿根部内側を打撲した。受傷2日後より勃起したままの状態となり, 改善しないため6月1日当科受診となった。初診時陰茎は半勃起状態で陰茎海綿体

は弾性硬を呈していた。入院後、陰茎海绵体より100 ml 脱血し、同部にメキシサン 3 mg を注入したところ圧迫にて一時的に症状改善したがすぐに元の状態となった。その際に吸引した血液ガス分析の結果では PO_2 76.9 mmHg, PCO_2 37.9 mmHg であった。6月5日右内腸骨動脈造影にて右内陰部動脈の枝より造影剤の漏出を確認し、スポンゼにて塞栓術を行った。術後、勃起状態は改善した。術後2カ月では性機能障害を認めていない。本症例のような high flow type の場合、治療までの時間が経過した後でも potency を保つことが可能であり、また動脈塞栓術は有効な方法と思われた。

Fournier's gangrene の1例：高田三喜，鈴木明彦（新城市民），鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 症例は41歳の男性。糖尿病があり、発熱と左陰囊部腫脹、疼痛が出現し、当科入院。左精巣上体に腫大と圧痛を認め、糖尿病に合併した左精巣上体炎と診断し、抗生剤、血糖降下剤の投与を行った。その後高熱が4日間続き陰囊、陰茎は壊疽に陥り、両側下腹部広範囲に皮下気腫を認め、Fournier's gangrene と診断し、壊疽組織のデブリドマン、ドレナージ術を施行した。陰囊、陰茎は、開放創とした。皮下気腫の部位を切開排膿後、ドレーンを多数留置した。膿培養では *Ente rococcus faecalis* が検出された。術後は厳重な血糖コントロールと抗生剤の投与を行い、創部の洗浄、デブリドマンを繰り返した。20日後、陰茎、陰囊の形成術を施行した。左下腹部創は大きく、難治性であり、再三皮膚縫合を行ったが、治癒が遷延し、約5カ月後最終の皮膚形成術を施行した。本邦報告81例に関し、文献的考察を行った。

巨大精巣腫瘍の1例：窪田裕輔，柳岡正範，置塩則彦（静岡赤十字） 37歳，男性。1994年9月から右陰囊腫大を認め、1995年9月歩行困難にて当科受診。陰囊は小児頭大に腫大していた。腫瘍は弾性硬，圧痛なし，超音波所見は high echoic であった。血液生化学所見では，LDH 4,247 (IU)，ALP 597 (IU)，HCG 5.7 ng/ml，HCG β 437 ng/ml，CRP 2.95 mg/ml，と高値を示したが α -FP は正常値 (6 ng/ml) であった。1995年9月4日，右精巣腫瘍の診断にて右高位精巣摘除術を施行。重量は1,300 g，大きさは15×13×13 cm。病期は stage 1 で病理組織は seminoma (HCG+) pt2, n0, m0 であった。術後傍大動脈節に linac 照射 25 Gy を施行。術後4カ月では再発転移等を認めていない。本症例は重量 300 g 以上の巨大精巣腫瘍の本邦報告例として21例目であった。

外傷を契機に発見された精巣腫瘍の2例：本村文一，増森二良，工藤真哉，東野一郎（豊橋市民） 症例1は22歳。主訴は右陰囊内容腫脹。1994年5月サッカー練習中に他の選手の足を股間に当て、右陰囊内容が腫脹し近医を受診後、当科紹介。右陰囊は超手拳大で超音波検査で充実性腫瘍を認め右精巣腫瘍として右高位精巣摘除術を施行。病理診断は奇形腫であった。症例2は35歳。主訴は左陰囊内容腫脹。1994年11月，ソフトボールを股間に当て、半月後から左陰囊内容が腫脹し近医泌尿器科を受診し精巣腫瘍疑いで当科紹介。左陰囊は手拳大で AFP 2,000 ng/ml， β -hCG 36 ng/ml と高値で超音波検査で充実性腫瘍像を認め左精巣腫瘍として左高位精巣摘除術を施行。病理診断

は奇形腫＋胎児性癌＋絨毛癌＋卵黄嚢腫瘍であった。手術後は AFP， β -hCG とも正常値に復した。2例とも他に転移巣を認めず stage 1 と診断し経過観察としているが現在まで再発，転移を示す所見は認めていない。

腹部停留精巣に生じた精巣腫瘍茎捻転の1例：河合 隆，村瀬達良，加藤久美子，佐井紹徳（名古屋第一赤十字） 症例は26歳男性。主訴は左下腹部痛。1995年2月22日左下腹部痛生じ2月27日腹部膨満感も出現したため当院外科受診。腹部 CT にて下腹部に巨大な cystic tumor を認めたため入院。同日緊急手術を行ったところ後腹膜に暗赤色の腫瘍を認め精巣動脈と思われる血管と内鼠径輪へ向かう索状物を有し360度捻転していた。摘出標本は 615 g で剖面は暗赤色で大部分は血液の貯留であった。病理はセミノーマであった。又後腹膜リンパ節の腫大は認めなかった。セミノーマ TINOM0 と診断したが血性腹水を認めたため adjuvant chemotherapy として3月20日から PVB 療法を2クール施行した。現在転移，再発を認めず社会復帰している。腹部停留精巣に発生した精巣腫瘍の捻転はきわめて稀で本邦で9例の報告を見るに過ぎないが急性腹症の鑑別疾患として念頭おくべきと思われた。

異時発生両側精巣腫瘍の1例：伊藤恭典，渡瀬秀樹（名古屋市立城北） 32歳，男性。1回目の初診時患者は24歳で左陰囊内容の無痛性腫大で当科受診。LDH，hCG β の上昇がみられ、1987年7月左高位精巣摘除術施行。病理組織診断は seminoma であり，stage 1，pT1N0M0 であった。腹部大動脈領域に 40 Gy の放射線照射，ビンブラスチン 10 mg 静注12回施行。2回目の初診時は右陰囊部痛で受診。マーカーは正常であったが種々の画像診断にて右精巣腫瘍と診断し、1995年6月右高位精巣摘除術施行。病理組織診断は定型的 seminoma であり，stage I，pT1N0M0 であった。PVB 療法を1クール施行し、現在、術後7カ月であるが男性ホルモンを補充しながら経過観察中である。本症例は、両側性精巣腫瘍としては本邦173例目、異時発生両側性精巣腫瘍としては104例目である。異時発生の症例のうち発生間隔が5年を越えた症例が半数近くを占めており長期 follow up の重要性が示唆される。

精巣腫瘍の兄弟発生例：尾関茂彦，高橋義人，河田幸道（岐阜大），渡辺 敬，渡辺 祥（渡辺病院），尾関信彦（尾関皮膚泌尿器科） 症例は3兄弟の長男（症例2）と3男（症例1），症例1は37歳，1987年6月右陰囊内容の無痛性腫脹を主訴に受診，右精巣腫瘍の診断で準緊急に右精巣摘除術を施行，病理組織は seminoma であった。術前採血にて AFP，HCG- β は正常範囲内，術後の画像検査にて明らかな転移部位を認めず，stage 1 であった。PVB 療法を2 course 施行し，以後再発転移なく健在である。症例2は52歳，1995年11月右陰囊内容の無痛性腫脹を主訴に受診，右精巣腫瘍の診断で右高位精巣摘除術を施行。病理組織は seminoma であった。術前採血にて AFP，HCG- β は正常範囲内，術後の画像診断は明らかな転移部位を認めず，stage 1 であった。術後の追加治療は行わず，現在嚴重に経過観察中である。